

FACULTE DE MEDECINE

Contribution à l'Etude des Fibromes de l'Ovaire

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1937

par

Marcu CORNBLUM

Né le 5 Juin 1907, à Bucarest (Roumanie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention Médecine)

JURY :

MM. RICHE, prof. président.
ETIENNE, professeur.
LAUX, professeur
ROUX, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1. RUE DE SAUVAGES, 1

1937

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FIBROMES
DE L'OVAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555203_0063

FACULTE DE MEDECINE

Contribution à l'Etude des Fibromes de l'Ovaire

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1937

par

Marcu CORNBLUM

Né le 5 Juin 1907, à Bucarest (Roumanie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention Médecine)

JURY : } MM. RICHE, prof. président.
 } ETIENNE, professeur.
 } LAUX, professeur
 } ROUX, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1. RUE DE SAUVAGES, 1

—
1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, ass.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRELL
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Obstétrique	P. RIMBAUD
Bactériologie	COLL DE CARRERA
Ophtalmologie	CARRERE
	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. RICHE, Prof. président.
ETIENNE, Professeur.

MM. LAUX, Agrégé
ROUX, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MON PERE

A MA MERE

*Je suis heureux de leur dédier ce
travail épilogue de longues années
d'études, bien faible témoignage de
ma profonde gratitude pour leur vie
toute de labeur et de sacrifice.*

A MES FRERES

LEON, ARNOLD, OZIAS, EDOUARD

*Que mon cœur réunit dans une
même et inaltérable tendresse.*

A MA FIANCEE

En gage de mon profond amour.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a été l'inspiration de notre thèse
et nous a fait le grand honneur de
la présider, notre gratitude infinie.*

A NOTRE JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE
Professeur de Clinique Chirurgicale infantile
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX
Professeur d'Anatomie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ ROUX
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRUC
Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine

*Témoignage de notre vive reconnaissance
pour les conseils précieux
qu'il a bien voulu nous prodiguer
dans la rédaction de ce travail.*

Introduction

Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail inaugural, de refaire l'histoire des fibromes de l'ovaire, qui est depuis 1824, grâce au travail de CAILLOT, parfaitement bien connue, mais nous insisterons sur différents points qu'il nous a paru utile de mettre plus en valeur.

Le fibrome de l'ovaire est une affection rare, mais la fréquence relative de cette tumeur paraît actuellement démontrée.

On avait, en effet, trop de tendance, autrefois à penser à une tumeur maligne, quand on se trouvait en présence d'une tumeur accompagnée d'ascite ; on ponctionnait maintes fois ces ascites innommées et on déclarait inopérable une telle tumeur, craignant presque toujours sa malignité qui était loin d'être démontrée.

Le fibrome de l'ovaire, rencontré plus souvent que ne le laissent entendre les auteurs anciens, doit donc être mieux connu.

En règle générale, l'évolution du fibrome de l'ovaire reste longtemps latente et le plus souvent leur diagnostic est l'œuvre d'une intervention.

Il faut, par conséquent, penser souvent à l'existence d'un fibrome de l'ovaire, tumeur essentiellement bénigne,

quand on se trouve en présence d'une tumeur pelvienne accompagnée d'ascite parfois abondante, et qui contraste vivement avec l'état florissant de la malade.

La gravité de son pronostic consiste dans la possibilité de ses complications les plus fréquemment observées (torsion du pédicule et transformation en tumeur maligne).

L'ablation de la tumeur ovarienne offre à la malade une guérison définitive, ne récidivant jamais, en enlevant pour toujours toute possibilité de complication.

C'est à propos d'une observation qu'a bien voulu nous confier notre Maître, Monsieur le Professeur RICHE, que nous avons voulu mettre en évidence quelques particularités importantes concernant la symptomatologie et la pathogénie de cette tumeur, et notamment de l'ascite qui l'accompagne presque à tout coup.

Étiologie et Pathogénie

Les fibromes de l'ovaire se rencontrent assez rarement. Il y a même des auteurs qui ne les mentionnent pas. LAWSON, TAIT, COURTY les signalent à peine.

Sur 9.400 opérations gynécologiques, HUNNER est intervenu neuf fois seulement pour des fibromes de l'ovaire.

Sur 114 observations de tumeurs solides rapportées par LARNAUDIE dans sa thèse, on ne compte que 27 fibromes.

Sur 76 nécropsies de femmes mortes d'affections quelconques, PATENKO dit avoir trouvé douze fois des noyaux fibreux ovariens atteignant parfois le volume d'un œuf de poule.

Dans une statistique de GOSSET, sur 24 observations de MORA en a réuni 10 cas, la plus forte proportion trouvée par lui.

D'après DARTIGUES, la fréquence du fibrome de l'ovaire, est de 2 à 3 %.

Sur 192 kystes, VAUTRIN trouve cinq fibromes de l'ovaire, qui sont pourtant les plus fréquentes parmi les tumeurs solides de cet organe.

Sur 49 tumeurs solides de l'ovaire, BRIGGS a rencontré 31 fibromes.

On se rend compte de ces chiffres contradictoires qu'on trouve dans les anciennes statistiques et qui ne nous offrent pas de garanties suffisantes. On voit d'ailleurs, dans des statistique plus proches que les contradictions ne sont pas plus écartées. Ainsi par exemple, pour MAUTHNER, parmi les tumeurs de l'ovaire, on trouve des fibromes pour 1,9 % (une statistique concernant 682 cas). D'autre part, KELLY compte 5,9 %.

LARNAUDIE trouve 27 cas de fibromes de l'ovaire sur 114 tumeurs solides, ce qui fait un quart. MONDOR, dans les quatre dernières années, observe quatre fibromes ovariens sur douze tumeurs solides de l'ovaire.

D'après tous ces faits, on peut conclure que la fréquence relative des fibromes ovariens, est loin d'être niée.

L'âge ne joue pas un rôle important sur le développement des fibromes de l'ovaire. On peut s'en rendre compte d'après quelques statistiques anciennes. LÉOPOLD signale treize cas survenus chez des femmes âgées de 5 à 10 ans et 4 seulement chez des femmes de 30 à 40 ans.

Sur 59 cas réunis par PUECH, on trouve :

- 4 cas au-dessus de 20 ans.
- 12 cas de 20 à 30 ans
- 15 cas de 30 à 40 ans
- 17 cas de 40 à 50 ans
- 4 cas de 50 à 55 ans et
- 7 cas au-dessus de 55 ans.

Pour ZIEMBICKI, les fibromes constituent les trois cinquièmes des tumeurs solides de l'ovaire survenues après 30 ans.

DARTIGUES trouve dans 20 cas :

- 6 cas chez des femmes de 20 à 30 ans
- 6 cas chez des femmes de 30 à 40 ans
- 6 cas chez des femmes de 40 à 50 ans
- 2 cas chez des femmes ayant dépassé la cinquantaine.

Pour DELORE, le maximum de fréquence est entre 25 et 45 ans.

Il semble donc, d'après ces statistiques, que les fibromes de l'ovaire se rencontrent le plus souvent chez des femmes en pleine période d'activité génitale et en général presque toujours chez des femmes ayant dépassé la trentaine. Pour les auteurs français (PUECH), le maximum de fréquence coïnciderait avec l'acès de la vie génitale.

Dans les dernières statistiques, on rencontre ces tumeurs le plus souvent chez des femmes âgées de 40 à 50 ans. Pour MAYER, dans 28,4 % des cas arrivés à la ménopause. Sur 88 observations de la statistique de PETERSON, concernant des femmes entre 10 et 80 ans, on voit :

7 cas chez des femmes entre 10 et 20 ans et

20 cas chez des femmes entre 20 et 30 ans.

Les autres cas concernant les femmes ayant dépassé la trentaine.

Le volume n'est pas souvent considérable. On a observé des fibromes ayant la grosseur d'une tête d'enfant (GEISLER), ou d'adulte (KRAUL).

Dans le cas de NAGEL, le fibrome pesait 17 kilogs 500 grammes. Celui de SPIEGELBERG, d'un poids de 30 kilogs mesurait 51 centimètres de large et 46 centimètres de long. VAUTRIN et HOCHÉ ont signalé un fibrome pur de 9 kilogs, mesurant 30 centimètres de diamètre et 98 centimètres de circonférence.

MUNDE a fait remarquer que malgré la déformation considérable que la tumeur fait subir à l'organe, ce dernier conserve néanmoins la structure d'un organe normal.

La forme de ces tumeurs rappelle généralement celle de l'organe, plus ou moins irrégulière, des fois allongée ou réniforme, le fibrome de l'ovaire présente presque toujours une surface libre d'adhérences. On a remarqué un

fibrome de forme aplatie en gâteau (VAUTRIN). Il s'agit alors d'un fibrome à évolution maligne.

Quant au siège, le fibrome de l'ovaire est d'habitude unilatéral.

Le mode de développement des fibromes de l'ovaire, est un point des plus difficiles à établir.

La théorie migratrice des fibromes utérins n'a maintenant qu'un intérêt historique.

Admettant l'origine ovarienne, on s'est demandé quelle est la région de l'organe où la tumeur prend naissance ? Pour ROKITANSKY, les fibromes de l'ovaire se développeraient aux dépens des corps jaunes.

Herbert SPENCER place le point de départ dans la tunique fibreuse du follicule de De Graaf.

Pour PATENKO, les fibromes de l'ovaire dériveraient d'une sclérose partielle de l'endothélium folliculaire.

Pour la plupart des auteurs, ils prennent naissance dans le stroma de l'ovaire, aux dépens des éléments de ce stroma, qui sont finalement remplacés par la néoformation. Cette affirmation est loin d'être exacte, car on a vu des ovaires n'ayant subi la dégénérescence fibreuse que partiellement.

Sur le problème de la dégénérescence, ont insisté VAUTRIN et HOCHÉ, cherchant à préciser le moment ou mieux, l'époque à laquelle le fibrome bénigne subit la transformation cancéreuse.

Le fait que la tumeur occupe très souvent l'un des pôles de l'ovaire en laissant intact le reste du parenchyme, confirme la théorie de VIRCHOW qui indique comme point de départ, l'une des extrémités latérales de l'organe.

Le fibrome est, d'autre part, dans la tumeur dermoïde une production fréquente. Il peut naître d'un dermoïde rudimentaire, sans cavité kystique apparente, d'un tératome ; il est alors la manifestation unique d'un élément parasitaire, dont on ne voit pas le noyau d'origine, perdu

dans l'efflorescence fibreuse. Beaucoup de fibromes, d'ailleurs, ne présentent plus à leur surface de trace apparente de leur lieu d'origine.

Il semble que le fibrome de l'ovaire soit un produit de kystes dermoïdes, parasites de la glande génitale. Le fibrome est plutôt juxtaposé à la glande qu'incorporé en elle-même ; s'il est inclus dans sa capsule, il en écarte les éléments constitutants, sans les altérer.

On a émis l'hypothèse qu'un kyste dermoïde invisible, serait le point de départ du développement d'un fibrome de l'ovaire.

Un intéressant travail de l'Institut anatomo-pathologique de l'Université de Milan apporte une preuve importante à la théorie de VAUTRIN qui considérait aux fibromes de l'ovaire une origine tératoïde.

L'auteur ayant opéré une femme de 40 ans a trouvé au niveau de l'ovaire gauche un volumineux fibrome pesant 1.970 grammes, tandis que dans l'ovaire droit s'était développé un gros kyste dermoïde.

« Une étude histologique très précise permet, en comparant la structure des tumeurs, identiques en plus d'un point, de dire que le fibrome de l'ovaire a une origine essentiellement tératologique ». (Vicentio PUGLIATTI).

Anatomie Pathologique

Les fibromes de l'ovaire forment à eux seuls la majeure partie des tumeurs solides bénignes de l'ovaire. Il faut cependant signaler les tératomes ovariens presque toujours solides, qu'on a de la peine à distinguer des kystes dits dermoïdes.

Sous le nom de goîtres ovariens, on a signalé des tératomes solides ovariens, qui contiennent exclusivement du tissu thyroïdien (DANIEL et BABES). Pour fixer le pronostic de ces tératomes, on doit faire toujours l'examen histologique, car ils peuvent renfermer des éléments atypiques et se comporter alors comme des cancers.

La forme des fibromes de l'ovaire est variable. En général, ils conservent la forme d'un ovaire hypertrophié. Parfois, ils prennent la forme des fibromes utérins (sphériques, parfois réniformes). Plus ou moins irréguliers, à surface lisse, sans adhérences, ils présentent des grosses lobulations, dont quelques-unes peuvent être senties dans le cul de sac de Douglas, au toucher. Ces lobulations sont séparées par des sillons plus ou moins profonds. Quelquefois, on note sur la surface de fines arborisations vasculaires.

Le volume, généralement moyen, peut être variable. Du volume d'une noix, il augmente jusqu'à celui d'un poing, d'une tête d'enfant, d'une tête d'adulte.

On note pourtant assez fréquemment des fibromes gigantesques, comme c'est le cas de SPIEGELBERG, GUILLEMIN. Dans ces cas, il ne s'agit plus alors de fibromes purs, mais bien de fibro-sarcomes ou fibro-myomes. On doit tenir compte de cette notion de volume, quand il s'agit du mode d'exérèse chirurgical.

En ce qui concerne le poids, il varie de quelques grammes jusqu'à 30 kilogs (le cas de SPIEGELBERG); 48 kilogs (le cas de CLÉMENTS), suivi 10 ans.

Le siège est habituellement unilatéral, l'autre ovaire étant indemne. La bilatéralité a été observée 2 fois sur 10 (GOSSET et DE MORA), 10 à 20 fois sur 100 (KRONER), 30 fois sur 100 (R. FRANCK).

La coloration, souvent de différents aspects est due pour une part à des conditions vasculaires du fibrome. L'infiltration sanguine et la dégénérescence graisseuse en certains points expliquent en partie ces différences de coloration. Du blanc jaunâtre, lactescent, la couleur va au blanc rosé, en passant par la teinte « chair de saumon » (cas de TERRIER).

La consistance est d'une dureté fibreuse. Le fibrome résiste à la coupe et crie sous le couteau. Sa consistance est moins dure et moins homogène quand la tumeur est creusée de cavités kystiques. On parvient à sentir en certains points une sorte de fluctuation. Par contre, après une transformation calcaire, la consistance devient comme celle d'une pierre. J. W. WILLIAMS nous cite le cas de Spencer WELLS dans lequel le fibrome était si dur qu'il dut être coupé à la scie. Le plus souvent, la tumeur fait corps avec l'ovaire sans pour cela effacer toute trace de tissu glandulaire.

Le pédicule. — Ces tumeurs sont presque constamment pédiculées. Le pédicule est formé par le ligament utéro-ovarien et par le ligament large étiré. La trompe demeure toujours indépendante et ne devient pas comme dans les kystes ovariens, solidaire avec la tumeur. C'est LÉOPOLD qui a insisté en particulier sur ce fait.

L'inclusion intraligamentaire est exceptionnelle ; on peut cependant la rencontrer pour certaines tumeurs qui naissent du hile de l'ovaire. Dans ce cas, il est très difficile de différencier le fibrome ovarien, et pour cette raison, certains auteurs n'ont pas cru à l'existence des fibromes purs de l'ovaire.

Le pédicule est plus long et plus grêle que celui des tumeurs liquides ovariennes.

Les adhérences sont rares et le plus souvent de nature épiploïques. La tumeur étant indépendante, l'intestin s'en écarte et fuit même devant elle.

En vérité, on peut l'expliquer par le fait que la surface est recouverte par un épithélium cylindrique, comme celui que l'on observe au niveau de l'ovaire normal, et ainsi, on ne constate pas d'adhérences, cette surface ayant les caractères d'une muqueuse (WALDEYER).

LÉOPOLD a montré que les adhérences se produisent plus fréquemment chez la femme âgée, chez laquelle cet épithélium de surface a tendance à disparaître. Quant à leur résistance, elle est très faible.

Aspect à la coupe. — La tumeur se présente à la coupe d'une couleur blanc nacré, avec des tourbillons qu'on observe sans aucune peine à l'œil nu. Ces caractères typiques peuvent d'ailleurs être modifiés. Le fibrome peut être en partie nécrosé ou de consistance molle, œdémateuse.

Dans quelques cas, ils présentent à la coupe des petits kystes, plus ou moins nombreux, allant jusqu'à des dimensions d'une noix, et renfermant parfois un liquide

clair transparent, ou louche et sanguinolent. L'origine de ces cavités kystiques serait pour CORNIL due à une hypertrophie folliculaire, à un agrandissement des ovisacs. Pour LÉOPOLD, ces kystes seraient dus à une ectasie des espaces lymphatiques. Assez souvent, on invoque une dégénérescence ischémique de nature mécanique, par la torsion du pédicule du fibrome.

Dans certains cas, le diagnostic peut devenir difficile et l'erreur avec une tumeur cancéreuse peut être faite.

Caractères microscopiques.

Quand il s'agit de fibrome pur, l'examen histologique montre en vérité, sa nature bénigne. A ce point de vue, il n'est pas douteux, à l'heure actuelle, qu'il existe des fibromes purs de l'ovaire. Spencer WELLS en avait rapporté six cas, purement fibromateux (WALDEYER, WINCKEL).

Dans ce cas, ils sont formés de fibroblastes coupés en long et en travers, les cellules toutes semblables, sans aucune monstruosité. La masse entière de l'ovaire est ainsi prise et le tissu ovarien presque entièrement disparu ; on trouve seulement à la périphérie de l'organe, des vestiges de son tissu noble, par la découverte des follicules de DE GRAAF atrophiées et comprimées par le tissu fibreux. L'épithélium de surface se trouve sur une couche fibreuse qui est composée de cellules conjonctives allongées. Le centre du fibrome contient du tissu fibreux peu dense, mais délicat et séparé par des débris granuleux provenant des cellules conjonctives, ou par une substance granuleuse. Dans la thèse de TCHAKMAKOFF, il s'agit d'un tel fibrome pur, contrôlé par VULPIAN.

Mais, plus fréquemment, il s'agit plutôt des fibromyomes dans la composition desquels entrent des éléments conjonctifs et des éléments musculaires. Dans ce cas, la consistance est moins dure et les faisceaux de fibres musculaires lisses lui donnent une coloration plus rougeâtre.

On peut trouver au niveau de l'ovaire, il est vrai, beaucoup plus rarement une tumeur purement musculaire, un myome. (On ne cite que le cas unique d'ailleurs, de SANGALLI).

FRANKLE a décrit une tumeur fibromateuse « adenokystique », contenant des formations glandulaires, des tubes et des kystes de différentes grandeurs, des cordons cellulaires solides.

Dans les tumeurs mixtes de l'ovaire, on peut trouver un stroma fibreux analogue au fibrome, dans lequel sont enrobés des tubes épithéliaux qui ont une grande analogie avec les éléments des kystes séreux de l'ovaire.

Fibrose de l'ovaire. — A côté du fibrome vrai, néoplasie bénigne qui détruit et fait disparaître complètement le tissu ovarien, on décrit quelques fois des fibromes partiels de l'ovaire. Il ne s'agit pas, en effet, d'un processus néoplasique, mais bien de sclérose ovarienne. Il vaudrait mieux, dans ce cas, parler de fibrose.

Le parenchyme ovarien normal est remplacé par un tissu fibreux très riche en cellules et en raison de cet aspect, certains auteurs ont suspecté bien à tort, la dégénérescence sarcomateuse.

Il ne s'agit pas d'un sarcome, mais d'une hyperplasie du tissu conjonctif de l'ovaire, tissu conjonctif très particulier, que les auteurs allemands dénomment « Sarcomaeteliches stroma » ; c'est un processus analogue à celui qui frappe l'ovaire après la ménopause, lui donnant l'aspect d'un « noyau de pêche ».

Observation

Nous donnons ci-dessous à titre d'exemple, l'observation due à l'obligeance de notre Maître, Monsieur le Professeur RICHE, recueillie dans son service.

Observation de MM. RICHE, TRUC, SENTEIN

Mme S. E..., âgée de 58 ans, entre le 22 juin 1936 dans le service de chirurgie générale de M. le Professeur RICHE où elle a été adressée par son médecin, pour fibrome utérin.

Cette malade n'avait jamais présenté le moindre trouble jusqu'à il y a un mois, époque où la malade souffrit de phénomènes digestifs (vomissements, constipation), douloureux (sensation de pesanteur, tiraillements dans le bas-ventre), et urinaires (pollakiurie, dysurie). Ces troubles ont amené la malade à consulter un médecin qui, après un examen complet, découvrit un volumineux fibrome perceptible par le toucher et le palper combiné.

Mme S..., dont les règles avaient toujours été normales, est ménopausée depuis dix ans, elle n'a présenté depuis aucune hémorragie.

Cette malade, qui a eu un enfant après une grossesse normale, avait eu des règles régulières non douloureuses jusqu'à l'âge de 50 ans, époque de sa ménopause. Depuis, elle n'a jamais présenté aucune hémorragie, ni perte suspecte.

A l'examen, on constate par la simple inspection que l'abdomen est distendu dans sa partie inférieure, où s'est développée une circulation collatérale importante.

La palpation révèle une masse remontant à environ trois travers de doigts au-dessus du pubis. Cette masse, non douloureuse, est de consistance dure, de contour régulier.

Le toucher vaginal permet de constater un col utérin normal. Au niveau des culs de sacs droit et antérieur, on sent une masse du volume du poing dont la consistance paraît être celle d'un fibrome. Cette masse du fibrome paraît être reliée à l'utérus par un pédicule large, de consistance dure. Cette tumeur paraît comprimer la vessie. Les autres culs de sacs sont souples et non douloureux. Le doigt vaginal mobilise la masse qui est sentie par le palper abdominal. On pense donc qu'il s'agit d'un fibrome utérin à développement antérieur et comprimant la vessie.

On propose l'intervention à la malade qui l'accepte.

Le 30 juin 1936, laparatomie médiane sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on constate dans la cavité pelvienne une faible quantité de liquide d'ascite légèrement sanglant. On découvre la tumeur qui est pédiculée avec une certaine tendance à la torsion, et qui n'est autre qu'un volumineux fibrome de l'ovaire droit. Cette masse est régulière, non adhérente.

Deux clamps sur pédicule qui est sectionné et lié.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : normales.

Analyses de laboratoires : urines, normales ; azotémie, 0,24.

Pièce anatomique.

Sa description : Tumeur de couleur blanche, de forme arrondie avec un noyau un peu saillant, de consistance dure, la section est de couleur également blanche. Il n'y a pas de saillie de noyau fibromateux sur la section.

Poids : 480 grammes.

Examen histologique, dû à l'obligeance de M. le docteur GUIBERT et pratiqué sur plusieurs fragments prélevés en différents points de la tumeur, nous montre la même structure histologique. Le parenchyme ovarien fait complètement défaut. On se trouve en présence d'un tissu conjonctivo-vasculaire riche en faisceaux collagènes. Les éléments figurés fibrocytes et fibroblastes sont assez nombreux et peu modifiés dans leur structure. Pas de signes de prolifération cellulaire maligne. Par places, des lésions de gonflement et d'effilochage des faisceaux collagènes. La surface des fragments ovariens examinés, est dépourvue de revêtement, soit épithélial, soit endothélial. Tout ce que l'on peut y constater, c'est une sorte de condensation des faisceaux collagènes.

Etat à la sortie : guérison.

Etude Clinique

Le tableau symptomatique varie suivant les cas. En règle générale, le fibrome de l'ovaire reste longtemps latent et n'est diagnostiqué qu'à l'occasion d'un examen obstétrical, gynécologique, ou bien par hasard, au cours d'une intervention. L'augmentation du volume du ventre, c'est le signe premier de quoi se rend compte la malade. L'ascite le plus souvent précoce est la cause de cette augmentation de volume.

Les signes fonctionnels consistent surtout dans des troubles variés de la menstruation et douleurs. On observe dans certains cas des phénomènes dus aux compressions vasculaires et vicérales et assez fréquemment des troubles qui modifient l'état général.

Les troubles menstruels d'après DARTIGUES ne perturbent pas très souvent la fonction cataméniale. Quand ils existent, ils se manifestent par des hémorragies ou bien par la suppression des règles.

Le caractère principal de ces hémorragies serait une métrorragie attribuée par PICQUE, BOURGOUIN, moins au fibrome lui-même qu'à une atteinte pathologique de la muqueuse utérine. DARTIGUES pense pourtant que le fibrome suffit, à lui seul, pour provoquer l'hémorragie.

De même l'aménorrhée peut accompagner assez souvent les fibromes de l'ovaire. On essaie d'invoquer l'âge de la malade ou bien une lésion de l'appareil génital interne utéro-ovarien. Il n'en est rien et les troubles menstruels hémorragiques et aménorrhée ne paraissent pas être en rapport avec la tumeur et son volume. Néanmoins, on observe plus facilement des accidents hémorragiques causés par un gros fibrome, qui occasionne plus volontiers une compression veineuse, provoquant ainsi une congestion passive de l'utérus et l'hypérhémie de sa muqueuse.

C'est la position du fibrome, plutôt que son volume, qui paraît jouer un rôle plus important dans la production des hémorragies.

La douleur fait partie des troubles dus à la compression. Pourtant, des fois elle peut apparaître précocement ; d'autre part, elle peut manquer pendant toute l'évolution de la tumeur ou n'apparaître que très tardivement après sa découverte. Dans d'autres cas, elle peut disparaître complètement ou continuant à persister seule ou associée avec d'autres symptômes.

La douleur est due à la compression des nerfs et souvent déclenchée par une irritation de la séreuse péritonéale. Par la suite, l'intensité s'accuse et la compression directe du plexus provoque des véritables névralgies. Il est pourtant difficile d'expliquer ces phénomènes douloureux seulement par la compression due à la tumeur. Des lésions de l'utérus, coexistantes en même temps que celles des annexes, des adhérences épiploïques et par la suite, des tiraillements par son intermédiaire sur les différents viscères, l'enclavement du fibrome dans le petit bassin, une poussée de pelvi-péritonité et suivant les cas, une torsion du pédicule, peuvent être invoquées.

Des fois constantes avec poussées plus violentes, les douleurs sont d'autres fois de durée intermittente, surve-

nant par crises. On a observé divers caractères ; de la simple gêne, une sensation de tiraillement, de pesanteur au bas-ventre, jusqu'à des douleurs lancinantes, intolérables, empêchant la marche et le sommeil.

Le siège, de même est variable, mais se trouve habituellement dans la fosse iliaque correspondante à la tumeur ovarienne. Dans un cas de bilatéralité de CHAPUT et MORELLE, la douleur était aussi bilatérale. On observe pourtant des irradiations dans l'abdomen, au niveau du péri-née, des membres inférieurs.

Les compressions viscérales qu'on observe plus fréquemment, sont du côté de la vessie, du rectum et de l'intestin. En général, ces troubles sont rares. La constipation en fait partie de ces troubles de compression du côté de l'intestin et du rectum. L'occlusion intestinale, soit aiguë, soit chronique, ne s'observe qu'exceptionnellement et serait provoquée par l'enclavement du fibrome dans le petit bassin.

Quant aux troubles vésicaux, ils se traduisent par des mictions douloureuses et surtout par des envies fréquentes d'urines. Ils n'apparaissent d'ailleurs que si la tumeur est d'une dimension respectable, ou si elle provoque des phénomènes de compression vésicale (cas de MM. RICHE, TRUC et SENTEIN).

L'ascite peut être à elle seule le seul signe de début. A la période d'état, le fibrome de l'ovaire est de toutes les tumeurs solides de l'ovaire, celle qui est presque toujours entourée d'ascite.

En ce qui concerne sa fréquence, les auteurs ne se sont pas mis d'accord ; PETERSON, LARNAUDIE pensent qu'elle survient dans 40 à 50 % des cas. ELFER, GLOCKNER, LIPPERT, dans 72 pour 100 des cas. Pour DARTIGUES, elle existe dans une proportion de 40 %, Pour POZZI. ROBERTO, SIN-

CLAIR, l'ascite serait un signe pathognomonique du fibrome de l'ovaire.

Parmi les tumeurs ovariennes diverses, on trouve la première place d'un tableau dû à WARREN, occupé par le fibrome, en ce qui concerne la fréquence de l'ascite :

Fibrome, ascite dans	50 % des cas
Epithélioma solide, ascite dans	40 % des cas
Sarcome, ascite dans	20 % des cas
Kystes, ascite dans	7,9 % des cas

Le moment d'apparition est variable ; tantôt peu à peu, tantôt brusquement. Son caractère principal est de récidiver d'habitude après une ponction et très rapidement, comme nous montre le cas de LALLEMAND, où elle est réapparue après un jour.

Quant à la quantité, l'ascite n'est pas abondante généralement. Cependant, dans un cas de MESTETS, elle était de 16 litres, de 22 litres dans un cas d'OLSHAUSEN, de 25 litres dans un cas de STRETH. La moyenne est, 2, 3, 4 litres.

Pour certains auteurs, la composition du liquide ascitique, sert comme un élément de diagnostic en ce qui concerne la nature histologique de la tumeur abdominale. Entre autres, QUENU pense que tout liquide contenant une très grande quantité de résidus fixés, 75 ou 100 grammes par litre, est symptomatique d'une tumeur végétante ou d'un kyste papillaire et doit faire rejeter le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire, et notamment de fibrome.

Pour SEBILEAU, il n'existerait pas un seul caractère du liquide d'ascite permettant de conclure s'il provient du péritoine ou d'une tumeur ovarique.

La mesure des résidus fixes, de l'albumine, de la fibrine, dans le liquide d'ascite, ne nous permet pas, à l'heure actuelle, de préciser la nature sécrétoire ou inflammatoire de ce liquide. Pour le moment, ce que nous savons, c'est que l'ascite due à la sécrétion de l'épithélium d'un

kyste végétant, a la même composition que le liquide intrakystique.

C'est aux recherches ultérieures à déterminer la nature sécrétoire du liquide d'ascite et si l'absence de cet épithélium de revêtement entrave cette production.

Quant à la pathogénie de l'ascite, des nombreuses théories ont été émises pour expliquer sa provenance et son mode de production.

OLSHAUSEN pense que l'ascite serait due à la congestion du péritoine par compression veineuse, et par la suite, à la transudation ; mais pourtant, elle manque dans les cas de gros fibrome utérin.

Pour ZEMBICKI, GUNDERLACK et DELIGNY, l'ascite serait due à une réaction du péritoine, irrité par le traumatisme chronique occasionné par le fibrome libre dans la cavité péritonéale.

Les travaux les plus récents ne clarifient pas encore la question. « Les fibromes de l'ovaire sont les seules tumeurs bénignes qui s'accompagnent d'ascite. La cause n'en est pas élucidée » (LÉVIT, 1930).

« Cette cause est difficile à comprendre » (WARREN, 1931).

La théorie mécanique par irritation du péritoine a recueilli le plus de suffrages. Cependant, cette explication, non plus, ne suffit pas à trancher définitivement la question. Car, en vérité, il ne manquerait rien de semblable à des kystes ou fibromes utérins pédiculés et ballotants, pour produire de l'ascite.

Dans ces deux dernières années, MONDOR et Mlle GAUTHIER-VILLARS ont étudié des observations personnelles, en vue de pouvoir répondre à cette question.

Ils sont arrivés à conclure que ce qui différencie le fibrome de l'ovaire d'un fibrome utérin ou d'un kyste de l'ovaire (il s'agit en particulier de la surface de ces tumeurs), c'est le revêtement externe.

Celui du fibrome ovarien est composé d'un épithélium cubique. D'ailleurs, WALDEYER, il y a bien longtemps, pensait que l'ascite pourrait être due à une sécrétion de l'épithélium de revêtement, formé par des cellules cylindriques. VAUTRIX et HOCHÉ, en 1909, expliquent l'absence des adhérences par cet épithélium, mais ils n'expliquent pas la formation d'ascite par lui.

TEISSONNIERE se contente de mentionner l'épithélium cylindrique qui tapisse la tumeur et en même temps, de ne pas accepter la théorie pathogénique de WALDEYER.

Nous pensons, avec E. H. LEPPER, que sa toute récente théorie montre avec le plus de netteté, l'origine de l'ascite.

En étudiant depuis quinze ans au *Elisabeth Garrett Anderson Hospital*, tous les fibromes ovariens, il a bien décrit leur épithélium de revêtement. Celui-ci est surtout visible sur les petits fibromes, car, sur les tumeurs volumineuses, on a de la peine à le reconnaître à cause de son étirement et de son épaississement qui expliquent d'ailleurs la distribution inégale et son aspect dégénératif. Les cellules sont tuméfiées de type colonnaire, volumineuses avec des noyaux mal colorés. Cet épithélium de surface est responsable de l'ascite. Pourquoi, en effet, ne pas l'identifier au résultat d'une sécrétion, puisque l'épithélium germinatif, qui tapisse la cavité du kyste est capable de sécréter le liquide qui l'a rempli ? C'est cette distinction principale qui sépare les fibromes de l'ovaire de ceux de l'utérus.

Quant à la non-production d'ascite autour des grosses tumeurs, on l'explique par les risques plus accusés que court cet épithélium d'être étiré, étalé, disloqué, altéré.

C'est d'ailleurs le cas de l'observation de notre thèse, qui nous montre l'absence complète du revêtement de surface, soit épithélial, soit endothélial ; on peut ainsi expliquer aisément la faible quantité de liquide ascitique, trouvée chez notre malade.

L'importance de l'ascite joue un grand rôle dans l'intérêt diagnostique, car elle est un signe clinique de très haute valeur.

En vérité, si on la trouve en même temps accompagnant une tumeur pelvienne dure, mobile, près d'un utérus mobile, il faut, si cette tumeur est d'apparence bénigne, penser qu'il existe de fortes chances qu'il y ait un fibrome de l'ovaire, qu'une castration unilatérale supprimera facilement.

Sur quatre cas observés par le Professeur MONDOR, trois fois il a mis le diagnostic exact de fibrome de l'ovaire, grâce à l'ascite.

Les signes généraux, on les observe moins communément qu'avec les autres tumeurs solides de l'ovaire, de nature maligne, tel que le sarcome ou le cancer.

On est même frappé par l'état général bon que conservent ces malades, et qui contraste avec un volume considérable de la tumeur et l'abondance du liquide ascitique. A ce point de vue, DARTIGUES pense que la coïncidence d'un état général excellent, avec une tumeur de l'ovaire, nous doit pousser vers un diagnostic d'un fibrome ovarien. Cependant, on ne doit pas oublier que, des tumeurs bénignes d'autre nature, à évolution lente, peuvent déterminer une atteinte de l'état général par des troubles de compression importants, et d'autre part, que certaines tumeurs malignes peuvent évoluer silencieusement sans aucune symptomatologie inquiétante. D'ailleurs, certains fibromes ovariens d'une évolution clinique maligne peuvent s'accompagner d'un amaigrissement rapide, des troubles de la digestion et de pertes des forces, en dehors de l'accroissement du liquide ascitique.

L'atteinte des autres organes ne survient presque jamais ; par contre, celle de l'appareil respiratoire intervint dans la majorité des cas, quand il s'agit d'un fibrome

de l'ovaire à évolution maligne : quintes de toux, accès de dyspnée, crises d'angoisse, œdème pulmonaire et épanchement pleurétique très souvent bilatéral.

Signes physiques. — La recherche de ces signes est très importante en vue du diagnostic à poser et du traitement à suivre. Ce sont eux qui instruisent avec beaucoup de précision et nous font penser plus nettement au fibrome.

Inspection. — Le ventre nous montre une augmentation de volume. On peut observer au niveau de la peau la présence des vergetures et l'apparition d'un réseau veineux dilaté, très accusé. Dans le cas d'ascite, l'abdomen est uniformément développé. Par contre, quand le liquide ascitique est en moindre quantité, l'augmentation de volume de l'abdomen n'est plus régulière. Dans ce cas, on observe dans la région du fibrome un soulèvement qui se déplace avec le changement de position de la femme, ou sous l'influence de la respiration. On note des fois de l'œdème et de la tension de la paroi abdominale et un effacement de la dépression ombilicale.

Palpation. — En général cette manœuvre n'est pas douloureuse, mais elle est assez difficile à pratiquer, en raison de l'ascite qui oblige de ponctionner pour sortir une partie du liquide, afin de se rendre compte des caractères de la tumeur. En général, le ventre est facilement dépressible et on peut sentir la tumeur à travers la paroi abdominale et la couche mince de liquide ascitique. C'est une masse dure, irrégulière, bosselée, mobile et qui, dans le cas où le liquide ascitique n'est ni trop important, ni trop peu, donne une sensation de ballottement.

Quand la tumeur est de dimensions moyennes et mobile, en la faisant quitter le petit bassin, dans certaines positions, notamment genu-pectorale, la palpation est plus fa-

vorisée, permettant d'apprécier plus exactement, les dimensions, la forme et la consistance de la tumeur.

La percussion n'a pas une utilité primordiale. Cependant, par elle, on arrive à délimiter la tumeur, et à déterminer l'étendue de l'ascite, en recueillant tous les signes des épanchements ascitiques : déplacement de la matité avec les changements de positions, la forme de la ligne de sonorité supérieure et la sensation de flot que l'on perçoit nettement.

Toucher vaginal combiné au palper. — C'est surtout par ce procédé qu'on arrive le plus souvent à poser le diagnostic de fibrome de l'ovaire, hormis, les cas d'ailleurs rares, quand la tumeur n'a pas acquis un volume trop grand, devenant exclusivement abdominale.

On sent, par le toucher, que le cul de sac postérieur est occupé par une masse dure, irrégulière et très mobile, surtout dans le sens vertical. Des fois on sent un sillon de séparation plus ou moins net entre l'utérus et la tumeur, ce qui constitue un signe très important au point de vue diagnostic. Les mouvements imprimés à la tumeur ne sont pas transmis au col utérin dans le cas où tumeur et utérus sont indépendants.

Le fibrome de l'ovaire fournit à la main et au doigt la sensation d'une tumeur dure, indolore, attenante à l'utérus, et de surface irrégulière.

En général, tous ces signes peuvent très bien d'ailleurs se rattacher à n'importe quelle tumeur solide de l'ovaire. Mais la présence de l'ascite qui accompagne une telle tumeur d'apparence bénigne nous fait penser au fibrome de l'ovaire.

Hystérogaphie. — Pour LAFUENTE et HERNANDEZ (1928) l'injection intra-utérine au lipiodol permet d'explorer la

longueur et le calibre des trompes qui peuvent être modifiées sous l'influence de la tumeur.

Auscultation. — En ce qui concerne ce procédé, il ne donne pas de bons résultats. Cependant, d'après CASTELNAU, l'auscultation nous ferait entendre un souffle artériel, un double bruit aortique, enfin, des frottements.

Evolution

L'évolution des fibromes de l'ovaire a d'ordinaire une marche très lente et silencieuse. C'est surtout au début de l'affection, qu'on observe cette période de latence, que l'on évalue de 5 mois à 20 ans. Nous sommes ainsi presque dans l'impossibilité de préciser quand la tumeur a débuté.

Le temps écoulé entre le début apparent de l'affection, (douleurs, troubles menstruels, augmentation de volume du ventre, etc.), et la découverte accidentelle du fibrome suivie d'opération, nous montre la longue durée de son évolution. (Hartmann) 8 ans ; (Hunner) 12 ans ; (Pokrovs-ky) 20 ans.

Pendant ce temps de latence, la masse du fibrome augmente, insensiblement, et ne donnent lieu qu'à des symptômes de moindre importance. Ce fait nous explique pourquoi on note assez souvent la découverte du fibrome qu'à la nécropsie.

D'autre part, les opérations pratiquées dans la majorité des cas observés, mettent ainsi une fin à l'évolution naturelle de la tumeur.

Cependant, dans certains cas, on observe une augmentation rapide du volume du fibrome, et qui revêt ainsi une allure clinique maligne.

On peut voir une altération de l'état général survenue rapidement, et la cachexie s'installer chez des malades dont la nature bénigne du fibrome est reconnue, et sans que le pédicule soit tordu.

Des troubles dûs à la compression des organes abdominaux, tels que l'on peut en voir dans les tumeurs malignes, ont été observés.

La ménopause a été incriminée par certains auteurs, comme ayant une certaine influence sur l'évolution des tumeurs de l'ovaire, mais le fibrome de l'ovaire jouit d'une immunité démontrée à ce point de vue.

Un certain nombre de fibromes de l'ovaire apparaissent à la ménopause soit que celle-ci soit directement intéressée dans leur production, soit qu'elle soit simplement le dernier terme de la période de latence.

L'aménorrhée accompagnée d'un développement abondant du système pileux et modification de la voix, est un signe de tumeur maligne de l'ovaire.

Parmi les complications du fibrome de l'ovaire, la torsion du pédicule est la plus fréquente. (7 fois pour 100 tumeurs solides). D'après un auteur allemand elle serait de 14 pour 100 des cas.

GUIBÉ signale que sur 47 cas de torsion du pédicule, 22 fois il s'agissait de fibromes. Il est intéressant de noter, que les torsions n'entraînent pas des signes fonctionnels importants. D'ailleurs le fibrome est moins exposé au sphacèle local que le kyste de l'ovaire.

L'occlusion intestinale a été observée ; elle résulte soit de l'obstruction mécanique de l'intestin par le poids de la tumeur, soit par les adhérences, qui sont des reliquats d'un processus récent de torsion.

La suppuration (fibromite) a été également observée et SEÇOND l'a vue se produire dans un fibrome moyen consécutive à un infarctus de la masse néoplasique. Cette fibromite peut avoir des allures inquiétantes, le tableau symp-

tomatique d'un cas publié par GUELLIOT est assez caractéristique : température à 39°, perte d'appétit, langue saburrale, constipation, les urines contiennent 34 grammes d'urée et des traces d'albumine. Les signes physiques sont ceux d'un fibrome utérin et à l'opération on trouve des adhérences épiploïques dont on doit réséquer un fragment enflammé et épaissi.

Parmi les autres complications possibles des fibromes de l'ovaire, on peut mentionner : l'élongation de la trompe (Fioupe), l'hydrosalpinx (Rocher), l'hématosalpinx (Terrillon), pyosalpinx (Veyssière), l'existence d'un kyste dermoïde sur l'autre ovaire (Duroux), l'allongement hypertrophique du col (Spiegelberg), le prolapsus de l'utérus (Quenu), la fibromatose utérine.

Par suite du développement de la masse du fibrome, la nutrition devient insuffisante et par un processus de péri-vascularité oblitérante se forme dans son centre des îlots d'œdèmes, points de départ d'une nécrose cellulaire suivie de désintégration. Une autre modalité de transformation, c'est la dégénérescence sarcomateuse (le fibrome possédant une prédisposition élective), soulignée constamment par des signes cliniques ; cachexie concomitante et production d'une ascite abondante. D'ailleurs l'aspect sarcomateux résultant de troubles circulatoires est purement macroscopique. Par contre l'examen microscopique nous montre aucune transformation cellulaire, parmi les éléments restés vivants. Il n'y a pas d'atypie particulière.

La transformation calcaire a été assez fréquemment observée, pour ne citer que une des dernières observations, celle de LATIS BEY. Dans le cas de J. WILLIAMS, la calcification était partielle et occupait seulement le centre du fibrome. Dans le cas de calcification complète, il faut un

examen microscopique pour retrouver encore des parcelles de tissus ovarien non calcifié.

A l'aide du microscope on peut trouver aussi dans la masse du fibrome des éléments myxomateux. L'association du fibrome avec le myome a été signalée.

Diagnostic

Le diagnostic précis des tumeurs pelviennes chez la femme est loin d'être toujours possible et facile. Il est d'autant plus difficile que les signes cliniques sont imprécis et que d'autre part l'évolution même des tumeurs ne nous permet pas d'en tirer des notions certaines.

Le plus souvent c'est au moment de l'intervention ou à la nécropsie qu'on arrive à poser le diagnostic exact de la nature et de l'origine de la tumeur. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans la majorité des cas observés et publiés, concernant les fibromes de l'ovaire. Si les signes fonctionnels sont de moindre importance, les signes physiques recueillis à la suite d'un examen approfondi et bien mené, sont en revanche d'un secours réel, dans la tâche si difficile que se propose le clinicien.

Ayant écarté avec la plus grande certitude la possibilité d'une grossesse, on peut arriver grâce à l'hystérométrie et au toucher vaginal combiné au palper, à déterminer si la tumeur fait partie de l'utérus, bien entendu sauf dans certains cas où l'on trouve des fibromes pédiculés. Le fait que l'utérus est repoussé hors du petit bassin dans la cavité abdominale par la masse tumorale, nous révèle au tou-

cher une portion vaginale trop élevée et on arrive plus ou moins facilement à individualiser ovaire et utérus. Un signe de grande importance qui n'est pas toujours facile à mettre en évidence, c'est la présence du pédicule qui indique en général la nature ovarienne de la tumeur.

Quand ce signe manque on doit se contenter alors des autres symptômes cardinaux : la grande mobilité, la consistance tendue et la forme sphérique pour incliner vers une tumeur de l'ovaire qui ne s'accompagne presque jamais de processus inflammatoire.

Pourtant les cas ne sont pas rares dans lesquels, après un bon examen on commet l'erreur de confondre un fibrome utérin avec un kyste de l'ovaire. Sans gravité dans le cas d'exploration après laparotomie cette erreur aboutit au sphacèle de la paroi du kyste suivie de rupture ou de perforation, par la mise en pratique d'une radiothérapie intense, ayant pris le kyste pour un fibrome. D'autre part il ne faut pas se contenter de découvrir un gros fibrome utérin, sans explorer en même temps les annexes qui peuvent présenter, soit un kyste ovarien, soit une salpingite kystique ou adhérente qui une fois méconnus pourront produire plus tard diverses complications telles qu'un abcès de Douglas, une péritonite par perforation.

Une fois le diagnostic de tumeur ovarienne posé, on doit faire le diagnostic de tumeur solide, chose d'ailleurs facile, et parmi ces tumeurs solides identifier le fibrome de l'ovaire.

« Les types cliniques et histologiques ne se superposent pas » (F. PAPIN). Les histologiques auxquels on demande la définition la plus exacte, ne la donnent pas avec la précision désirée. Le clinicien d'autre part avec ses moyens restreints est dans l'impossibilité de différencier entre elles : seminome, le cancer de la thèque interne, le folliculome bénin, le folliculome malin, le cancer du corps

jaune, le pflügerome bénin ou malin, l'épithélioma wolffien massif, le sarcome, les tumeurs hétéro-typiques (tératome, tératoblastome, goître ovarien, pseudo-hypérnéphrome).

Cependant parmi tant des tumeurs solides de l'ovaire, le diagnostic est possible en ce qui concerne les cancers primitifs de l'ovaire, les tumeurs métastatiques dites de Krukenberg qui sont la métastase ovarienne d'un cancer latent du tube digestif : estomac ou intestin, et du fibrome de l'ovaire en particulier et dans certaines circonstances.

Dans la période de début on est dans l'impossibilité de différencier les tumeurs de l'ovaire.

Dans le cas de fibrome ovarien, les douleurs ne sont pas influencées par le toucher et gardent leur caractère de spontanéité.

C'est à la période d'état et par le toucher vaginal combiné au palper qu'on arrive à déceler la tumeur, qui est indépendante de l'utérus, très mobile et siégeant dans l'un des culs de sac.

En plaçant la malade en Trendelenburg, on doit essayer de se rendre compte du rapport entre le pédicule de la tumeur et la corne utérine correspondante qui n'est pas impossible à préciser, et de la mobilité de la tumeur. La découverte d'une tumeur dure très mobile, avec un utérus de volume normal et autour de laquelle on sent le liquide ascitique, est d'une importance réelle pour poser le diagnostic de fibrome de l'ovaire.

D'habitude on est presque toujours orienté vers une tumeur végétante ou maligne, quand on se trouve en présence de tumeur et ascite associées.

On doit tenir compte alors de l'état général de la malade qui en règle générale est respecté par la tumeur. Le pédicule, l'unilatéralité, la mobilité, la forme régulièrement arrondie, forment un ensemble de caractères, qui nous laisse entrevoir la bénignité de la tumeur.

Mais le signe capital qui nous fait penser au fibrome de l'ovaire c'est l'ascite qui accompagne à coup sûr cette tumeur essentiellement bénigne. Il est pourtant des cas dans lesquels elle manque, comme par exemple dans l'observation que nous publions. Nous avons insisté assez longuement sur l'importance de cette ascite, dans le chapitre de la symptomatologie. Nous n'y revenons pas.

Il semble donc que l'on doit arriver à reconnaître plus souvent le fibrome de l'ovaire qui serait au dire de MONDOR, moins exceptionnel que ne laissent entendre les ouvrages classiques.

Et c'est en vue d'un traitement facile à mettre en œuvre qu'on doit penser toujours au fibrome de l'ovaire, en présence d'une tumeur d'apparence bénigne accompagnée d'ascite.

Pronostic

Le fibrome de l'ovaire est étiqueté au point de vue histologique comme une tumeur bénigne, et on a vu au chapitre concernant l'anatomie pathologique les caractères qui le rangent parmi ces tumeurs.

Quant au mode d'évolution, dans la majorité des cas la tumeur reste latente pendant toute la vie, n'occasionne qu'une gêne légère, respecte d'habitude l'état général, et ne met pas la vie de la malade en danger.

Cependant, quoique le pronostic paraisse être beaucoup moins sévère que celui des autres tumeurs solides de l'ovaire, carcinomes ou sarcomes il n'en présente pas moins une certaine gravité. Méconnus et non enlevés à temps les fibromes de l'ovaire, présentent un véritable danger vital.

A la longue, malgré leur évolution lente, ils acquièrent un volume considérable et finissent par amener la mort. D'autre part une éventualité assez fréquente serait la transformation en tumeur maligne.

En admettant selon la théorie de DARTIGUES que les fibrosarcomes de l'ovaire constituent la seconde phase d'un fibrome ayant subi la dégénérescence sarcomateuse, nous concevons la réserve qu'on doit envisager quant au pronostic du fibrome de l'ovaire et de son mode d'évolution.

En ce qui concerne la grossesse, l'action réciproque, de celle-ci sur le fibrome de l'ovaire, et du fibrome de l'ovaire sur la grossesse, est semblable aux rapports existant entre la grossesse et le fibrome utérin.

Néanmoins ROKITANSKY rappelle un cas dans lequel il a vu la suppuration d'un fibrome de l'ovaire après l'accouchement.

En général le pronostic est aggravé par la grossesse, par l'accouchement et par les suites de couches.

Diagnostiqué et enlevé à temps, les résultats opératoires sont excellents comme nous montre la statistique de DODERLIN ; 18 cas, dans lesquels l'opération radicale a amené 18 cas de guérison.

En dehors de la péritonite qui à elle seule représente 50 % des cas de mortalité opératoire, on peut observer parmi les autres causes de mortalité, la pneumonie et l'infarctus pulmonaire.

Le rôle de l'ascite dans les suites opératoires est assez important représentant 25 % des cas de mortalité contre 11,4 % de mortalité sans ascite.

La mortalité est de 34,4 % dans les cas opérés, présentent des adhérences.

Les résultats éloignés après cure radicale sont régulièrement excellentes et on ne constate *pas de récurrence*.

Le fibrome de l'ovaire d'après MONDOR « n'est pas d'une décevante entreprise chirurgicale ; il offre tout à la fois les possibilités d'un diagnostic clinique très précis, une intervention chirurgicale sans difficulté, enfin des suites éloignées parfaites ».

Traitement

En présence d'un fibrome de l'ovaire, tumeur essentiellement bénigne le médecin a le devoir d'insister pour que la thérapeutique à instituer soit le traitement chirurgical.

Le diagnostic précis une fois posé même si la tumeur n'engendrait aucun trouble, on doit envisager le plus tôt possible l'opération.

D'après MAYER il faut intervenir chaque fois qu'on se trouve en présence d'une tumeur ovarienne, soit qu'elle ait une allure rapide et maligne.

L'incertitude du diagnostic, la crainte d'avoir à faire à une tumeur maligne doit pousser le clinicien vers une thérapeutique chirurgicale.

D'autre part l'évolution de la tumeur et surtout les accidents qu'elle est susceptible d'entraîner ne doivent pas nous laisser attendre que l'état général s'altère et que la dégénérescence maligne s'empare du néoplasme, car à ce moment les risques opératoires sont plus grands, et les résultats plus aléatoires.

L'âge ne fournit pas une contre indication. La mortalité sur 130 femmes ayant dépassée 70 ans représente pour WIEL 12,3 % et il ne faut pas perdre de vue les complica-

tions chez les femmes âgées, comme facteur de mortalité opératoire.

La grossesse est une indication pressante, par l'impulsion fâcheuse qu'elle donne au fibrome et par le fait qu'au moment de l'accouchement, le fibrome peut être une cause de dystocie.

L'état cachectique même avancé n'est pas non plus une contre-indication à l'acte opératoire. Dans les cas de fibrome de l'ovaire ces malades possèdent après l'ablation de la tumeur une santé parfaite qui contraste avec l'état altéré avant l'intervention, et cet état se maintient par la suite alors que non opérées, elles sont emportées en peu de temps.

L'ablation des fibromes de l'ovaire peut être pratiquée soit par la voie vaginale soit par la voie abdominale. C'est la laparatomie qui est à l'heure actuelle, la voie presque exclusivement utilisée.

L'incision sus-symphysaire transversale est utilisable pour les tumeurs de volume très important. Pour celles de moyenne et petite grosseur, l'incision médiane sus-symphysaire est assez favorable.

Les difficultés peuvent être éprouvées, au moment de l'extirpation de la tumeur, dans les rares cas où l'on trouve des adhérences.

Dans les cas où la lésion est unilatérale une castration unilatérale suffit. Dans ces cas la chirurgie conservatrice donne en même temps qu'une cure parfaite, des suites physiologiques normales.

Cependant ZAGENMEISTER conseille l'ovariotomie double, par la crainte de la récurrence ou des cancers métastatique de l'ovaire.

On ne doit pas perdre de vue les sujets jeunes, chez lesquels on aura intérêt à conserver l'ovaire qui paraît sain. Après la ménopause, la conservation du second ovaire n'est pas à considérer.

Dans les cas d'ailleurs rares de bilatéralité, l'hystérectomie sera la meilleure solution, en règle générale. Pourtant on doit envisager, chez la femme jeune, sinon des menstruations normales du moins un cycle physiologique en apparence respecté, après avoir pratiqué l'opération.

Afin d'arriver à ce but on est parvenu à pratiquer des véritables réimplantations de fragments d'ovaire demeurés sains, soit au niveau de la paroi vaginale, soit même dans la cavité utérine elle même : (TUFFIER). On a observé même des grossesses consécutives à des telles implantations. (TUFFIER, BARBINDGE, SCAMAN).

Quoi qu'il en soit, il vaut mieux intervenir en présence d'un fibrome de l'ovaire, que de ponctionner à l'infini une ascite innommée, ou de conclure à l'inopérabilité et à un pronostic sévère, ayant vu l'association de l'ascite avec une tumeur abdominale.

Conclusions

1°. — Les fibromes de l'ovaire sont une affection rare. L'âge ne joue pas un rôle important dans le développement de ces tumeurs. Leur volume peut être parfois considérable. Le siège est d'habitude unilatéral. On rencontre plus fréquemment des fibromyomes ou fibromyxomes, mais l'existence des fibromes purs est démontrée.

2°. — L'origine du fibrome de l'ovaire est essentiellement tératologique. Le point de départ de la néoformation est une des extrémités latérales de l'organe, au niveau de son stroma fibreux.

3°. — Les fibromes de l'ovaire forment à eux seuls la majeure partie des tumeurs solides bénignes de la glande génitale. De consistance dure ils sont presque constamment pédiculés.

4°. — Le tableau symptomatique est très variable suivant les aspects cliniques revêtus par la tumeur. Les troubles menstruels ne sont pas de règle. L'ascite est le signe primordial de cette affection. Sa quantité n'est pas abondante ordinairement. Elle est le résultat d'une sécrétion de de l'épithélium de surface du fibrome.

5°. — L'évolution des fibromes de l'ovaire est lente d'habitude ; elle dure de 5 mois à 20 ans.

Comme complications on a observé le plus souvent : la torsion de son pédicule, la dégénérescence sarcomateuse et la transformation calcaire.

6°. — Le diagnostic est malaisé. Cependant il peut et il doit se faire quand on a déterminé par le toucher vaginal combiné au palper, l'existence d'une tumeur dure, indépendante de l'utérus chez une malade présentant une ascite avec conservation de l'état général.

7°. — Le pronostic tout à fait bénin est en fonction des accidents qui peuvent survenir.

8°. — L'intervention chirurgicale est le traitement seul à mettre en œuvre.

Castration unilatérale en cas d'unilatéralité. Hystérectomie, en cas de bilatéralité après la ménopause, et suivie de réimplantation des fragments ovariens sains, quand l'âge de la malade le réclame.

Bibliographie

- BEGOUIN. — Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu. *J. Méd.* Bordeaux 1907, p. 69.
- BENDER et HEITZ. — Volumineux fibromyome de l'ovaire. *Soc. anat.* 1903, p. 241.
- CARO. — Zur Lehre von den Rirsen-Fibromen des Ovariums. *Thèse de Leipzig*, 1914.
- CODET, BOISSE. — Evolution clinique à type malin dans le fibrome de l'ovaire. *Thèse Bordeaux*, 1906.
- COSTA, FALSIA. — Fibrome de l'ovaire. *Semana Medica*, n° 15, 14 Avril. *Presse Médicale*, n° 87, 29 Octobre 1932.
- DECLoux, PATOIR, TISON. — Fibrome tordu de l'ovaire. *Réunion médico-chir. des Hôpitaux de Lille*, 19 Novembre 1934 ; in : *Echo Médical du Nord* n° 1, 6 Janvier 1935.
- DARTIGUES et GRESSET. — Fibromes et kystes végétants des ovaires. Néo-plasme. Paris, 1925, IV, 152.
- DELMAS (P) et COHEN (J). — Un cas de fibrome de l'ovaire. *Montpel. méd.* 1920, XIII, 32-35.
- DREYFUS (J). — Tumeurs malignes primitives de l'ovaire. *Thèse Paris*, 1907, p. 285.
- DRECQ, FERNAND. — Les fibromes de l'ovaire. *Thèse Lille*, 1934-1935.
- DUROUX. — Fibrome de l'ovaire droit, tordu sur son pédicule. *Lyon Médical*, t. xcix, p. 648.
- ESTOR (E), GRYNFELT (E) et AIMES (A). — Fibromyome de l'ovaire. idem, p. 300-303.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie. In traité de Chirurgie. *Delbet et Schwartz*, 1927.
- GASCHEAU. — Etude sur les tumeurs de l'ovaire. Paris 1903, n° 165.
- GEORGES HENRY. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. *Thèse Montpellier*, 1919.
- GUILLEMEN (A.). — Volumineux fibrome de l'ovaire. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, t. 18, 298, Avril 1929.
- GUIBE. — La torsion du pédicule des tumeurs solides. *Rev. de Gynéc.*, 1909, p. 55.
- HERDING. — Fibrome de l'ovaire. *Union Méd. du Nord*, Mars 1928, p. 39.

- JOUIN. — Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire. Thèse Paris, 1896 n° 288.
- HERRMANN et MOREL (C). — Précis d'Anatomie Pathologique. Paris, 1926, Doin.
- LABRY et CONDAMIN. — Fibrome de l'ovaire. *Soc. Nat. de Méd. et Soc. Méd. de Lyon* 1928.
- LATIS BEY. — Calcified fibroma treated by excision an autograft case Bruxelles méd., 10 : 6-6, Nov. 3-29.
- LECENE. — Les diagnostics anatomo-cliniques. (Appareil génital de la femme) seconde partie, par M. Moulonguet, p. 230.
- MASSABUAU. — Fibrome de l'ovaire ; abondantes métrorragies. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris* 1912, I.
- MERTEL. — Les tumeurs solides de l'ovaire. *Toulouse méd.*, 2 S XII, 291-298.
- MOLIN H. et P. SASSARD. — Les fibromes de l'ovaire. *Journal des Praticiens*, 13 Août 1932.
- MONDOR Henri. — Sur le fibrome de l'ovaire. *L'Orientation Médicale*. Juin 1936.
- MERTEL. — Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu. *Soc. Anat.* 1908, p. 143.
- MOLIN H. et P. SASSARD. — Les fibromes de l'ovaire. *Lyon Médical*, 15 Mars 1931.
- METZGER et DE KERVIELY. — A propos de 2 cas de fibrome de l'ovaire. *Arch. mens. d'Obst. et de Gynéc.*, Paris, 1915, p. 157.
- PUECH. — Les fibromes de l'ovaire. *Gazette des Hôpitaux*, 1905.
- ROUVILLE (DE), VILLA. — Un cas de fibrome de l'ovaire. *Arch. Soc. de Sc. méd. et biol. de Montpellier*, tome 9, 373-378, Août 1928.
- RICHE, TRUC, SENTEIN. — A propos d'un cas de fibrome de l'ovaire. *Archives de la Soc. des Scien. méd. et biol. Montpellier*, Sept. 1936, p. 360.
- SICARD et LAUX. — Fibrome de l'ovaire tordu. *Bull. Soc. de Sc. Méd. et biol. de Montpellier*, Mars 1927, Tome 8, p. 155.
- ROMEZ-GUILLEZ. — Contribution à l'étude de la torsion des pédicules dans les fibromes de l'ovaire. *Thèse Bordeaux*, 1928. *méd. Franç.*, Avril 36.
- TISON Pierre. — Les fibromes de l'ovaire. *Etude Anatomo-clinique Prat. Méd. Franç.*, Avril 36.
- TALBOOM (D. H.). — De l'évolution clinique maligne dans le fibrome de l'ovaire. *Thèse Bordeaux* 1920.
- VICENZO PUGLIATTI. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire et à leur histogénèse. *Ann. di Ostet. e Gynéc.* N° 4, 30-4-34, in : *Journal de Chirurgie*, n° 6, Déc. 1934.
- VAYSSIÈRE. — Fibrome de l'ovaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Marseille*, n° 5, Mai 1930.
- VAUTRIN. — Fibromes et tératomes de l'ovaire. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris* 1921, X, 162-166.

En ma qualité de Censeur de
our, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*Contribution à l'étude des
fibromes de l'ovaire.*

par M. CORNBUM Marcu

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 8 Mars 1937.

Le Professeur,
RICHE.

Vu :

Montpellier, le 8 Mars 1937.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 9 Mars 1937.

Le Recteur,
TAILLART.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
